



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

Niveles de ansiedad y depresión en pacientes que se hemodializan en la clínica Reynadial de Guayaquil en el período 2020 - 2021

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Psicólogo
Clínico

Autoras:

Helen Catalina Samaniego Gárate

CI: 0302975537

Correo electrónico: helucata.95@gmail.com

Jessica Elizabeth Prado Maldonado

CI: 0105308894

Correo electrónico: jessypm37@gmail.com

Directora:

Dra. Eva Karina Peña Contreras

C.I: 0103553251

CUENCA, ECUADOR

17 de agosto 2021.

RESUMEN

La enfermedad renal crónica ha aumentado drásticamente en las últimas décadas y, de igual manera los tratamientos de hemodiálisis y de diálisis peritoneal, además de los trasplantes de riñón. Estos tratamientos suelen ser invasivos, generando en pacientes emociones de frustración, angustia y tristeza, lo que incide fuertemente en el estado anímico de los mismos, generando niveles de ansiedad y depresión según varios estudios. Este trabajo tiene como objetivo general determinar la relación entre los niveles de ansiedad y depresión en pacientes que se realizan hemodiálisis en la Clínica Reynadial y, como objetivos específicos identificar los niveles de ansiedad y los de depresión en pacientes que se realizan hemodiálisis y, describir los niveles de ansiedad y depresión según variables edad, sexo y tiempo de tratamiento. Esta investigación tiene un enfoque cuantitativo, tipo de diseño no experimental, transversal y alcance correlacional. Los participantes fueron pacientes de la clínica Reynadial de cantón Guayaquil, que estuvieron en tratamiento de hemodiálisis. Se trabajó con una población de 84 pacientes. Como instrumentos de investigación se aplicaron el Inventario de Ansiedad y el Inventario de Depresión, ambos de Beck. Se comprobó la correlación entre ansiedad y depresión en los pacientes con enfermedad renal crónica; mayor prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes entre 60 y 69 años; la población masculina presentó mayores niveles de ansiedad mientras que la femenina mayores niveles de depresión, además, que quienes llevaban más de un año de tratamiento fueron quienes presentaron niveles más altos de ansiedad y depresión.

Palabras clave: Hemodiálisis. Enfermedad renal crónica. Ansiedad. Depresión.

ABSTRACT

Chronic kidney disease has increased dramatically in recent decades, and so have hemodialysis and peritoneal dialysis treatments, in addition to kidney transplants. These treatments are usually invasive, generating emotions of frustration, anguish and sadness in patients, which strongly affects their mood, generating levels of anxiety and depression according to several studies. The general objective of this work is to determine the relationship between levels of anxiety and depression in patients undergoing hemodialysis at the Reynadial Clinic and, as specific objectives, to identify levels of anxiety and depression in patients undergoing hemodialysis and to describe the levels of anxiety and depression according to variables of age, sex and time of treatment. This research has a quantitative approach, the type of design is non-experimental, cross-sectional and a correlational scope. The participants will be patients from the Reynadial clinic of the Guayaquil canton, who are undergoing hemodialysis treatment. It will work with a population of 84 patients. As research instruments, the Anxiety Inventory and the Depression Inventory, both from Beck, were applied. The correlation between anxiety and depression was verified in patients with chronic kidney disease; higher prevalence of anxiety and depression in patients between 60 and 69 years old; the male population presented higher levels of anxiety while women had higher levels of depression, in addition, who had had more than a year of treatment, were those who presented higher levels of anxiety and depression.

Keywords: Hemodialysis. Chronic kidney disease. Anxiety. Depression.



ÍNDICE DE CONTENIDO

Cláusulas de licencia y autorización para la publicación	¡Error! Marcador no definido.
Cláusulas de propiedad intelectual	¡Error! Marcador no definido.
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	8
Ansiedad	9
Depresión	11
PROCESO METODOLÓGICO	16
Instrumentos.....	17
1. Ficha sociodemográfica	17
2. Inventario de ansiedad de Beck	17
3. Inventario de depresión de Beck.....	17
4. Diario de Campo:.....	18
Procedimiento del estudio	18
Procesamiento de los datos	18
Aspectos éticos	19
Caracterización de los participantes.	21
Niveles de ansiedad y depresión de los participantes	22
Niveles de ansiedad y depresión según la edad de los participantes	23
Niveles de ansiedad y depresión según el sexo de los participantes	25
Niveles de ansiedad y depresión según el tiempo de tratamiento de los pparticipantes.	26
Relación entre niveles de ansiedad y depresión	27
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	29
ANEXOS	35
Anexo 1. Ficha socio-demográfica para pacientes que se hemodializan	35
Anexo 2. Inventario de Ansiedad de Beck	36
Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck.....	38
Anexo 4. Carta compromiso	40
Anexo 5. Consentimiento informado.....	41



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Helen Catalina Samaniego Gárate en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Niveles de ansiedad y depresión en pacientes que se hemodializan en la clínica Reynadial de Guayaquil en el período 2020 - 2021", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 17 de agosto de 2021

Helen Catalina Samaniego Gárate

C.I: 0302975537

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Jessica Elizabeth Prado Maldonado en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Niveles de ansiedad y depresión en pacientes que se hemodializan en la clínica Reynadial de Guayaquil en el periodo 2020 - 2021", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 17 de agosto de 2021



Jessica Elizabeth Prado Maldonado

C.I: 0105308894



Cláusula de Propiedad Intelectual

Helen Catalina Samaniego Gárate, autora del trabajo de titulación "Niveles de ansiedad y depresión en pacientes que se hemodializan en la clínica Reynadial de Guayaquil en el período 2020 - 2021", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 17 de agosto de 2021

Helen Catalina Samaniego Gárate

C.I: 0302975537

Cláusula de Propiedad Intelectual

Jessica Elizabeth Prado Maldonado, autora del trabajo de titulación "Niveles de ansiedad y depresión en pacientes que se hemodializan en la clínica Reynadial de Guayaquil en el periodo 2020 – 2021", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 17 de agosto de 2021



Jessica Elizabeth Prado Maldonado

C.I: 0105308894

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2020) “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.100), lo cual indica que las personas a pesar de padecer enfermedades físicas crónicas o temporales pueden sentirse bien en las diversas esferas de su vida. A pesar de que existen conceptos contrapuestos en relación a la salud, en donde las corrientes biologicistas se centran en el componente orgánico, otras corrientes agregan a estos componentes factores psíquicos, sociales y materiales; en ambas posturas, el malestar y la enfermedad, son elementos clave para definir la salud, sin embargo el equilibrio personal, le permite al individuo adaptarse a las exigencias del medio (Santoro, 2016) por encima del deterioro por enfermedad o incluso por la edad.

En el caso de los pacientes con enfermedades crónicas la calidad de vida se encuentra relacionada con la salud, y abarca el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que tiene su salud en estos dominios e incluye el grado de independencia y autonomía que tiene el individuo durante la realización de actividades cotidianas básicas e instrumentales (García y Rodríguez, 2007). Es importante mencionar que el deterioro en la salud de pacientes que se hemodializan puede desencadenar síntomas ansiosos y depresivos, es por ello que comprender el impacto que tiene la enfermedad en la salud tanto física como mental de estas personas resulta necesario y relevante (Sotomayor, Martínez y Villegas, 2017). En este estudio luego de realizar una revisión teórica acerca de las variables principales del mismo, se abordarán los niveles de ansiedad y depresión, así como variables sociodemográficas relacionadas en las personas con enfermedad renal crónica (ERC), como lo son sexo, edad, tiempo de tratamiento y si vive solo o acompañado para ser correlacionadas estadísticamente en busca de datos relevantes para la comprensión de esta población (Prado y Samaniego, 2020).

Enfermedad Renal Crónica

Comenzaremos explicando la Enfermedad Renal Crónica (ERC) que se habla de ERC ante la presencia durante al menos tres meses de daño renal, acompañado de reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas, que son unidades básicas de los riñones, encargadas de purificar la sangre, con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrinometabólicas (Arias, Jiménez y Gómez, 2006).

A causa de esta disfunción las personas son sometidas a un proceso denominado hemodiálisis, un tratamiento complejo y doloroso por medio del cual se eliminan sustancias tóxicas que se encuentran en la sangre, para ello se requiere de una máquina que circula la sangre desde una arteria del paciente hacia el filtro dializador, en el que las toxinas de la sangre se difunden en el líquido de la diálisis, entonces la sangre libre de toxinas vuelve al organismo por medio de una vena canulada este proceso dura aproximadamente cuatro horas y las personas diagnosticadas con esta enfermedad se lo deben realizar al menos dos o tres veces por semana (Páez, et al. 2008).

Desde inicio del cuidado de los pacientes con daño renal está el tratamiento farmacológico y una dieta específica, a esto se suma la hemodiálisis Sin embargo cuando los pacientes presentan una disminución progresiva y global de la función de los riñones, dicha función renal se ve afectada hasta llegar a un nivel inferior al 10%, en este punto se considera que la patología es crónica y por tanto, es necesario un tratamiento sustitutivo de la función renal mediante un trasplante. Es por ello que se genera una relación de dependencia entre el paciente y el tratamiento, debido a ello se desencadena síntomas psicológicos. (Páez, Jofre, Azpiros y Bortoli, 2008).

A pesar de que no es evaluado en este estudio, es importante conocer que las personas que padecen ERC presentan también alteraciones de tipo físico, tales como: problemas metabólicos, dificultades respiratorias, posibles deterioros cognitivos (Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007), cardiovasculares, molestias musculares, gastrointestinales, inmunológicas e incluso disfunción sexual: sumado a esto es muy común que se manifiesten afecciones del ánimo, dificultades a nivel socioeconómico, generalmente por la pérdida de trabajo o la disminución de su capacidad funcional para desempeñarlo, todo esto desemboca problemáticas personales, familiares y económicas, que afectan directamente a la calidad de vida y por ende a la salud mental de quien lo padece, antes estas probabilidades (sobre todo a nivel físico) los pacientes pueden desarrollar expectativas de temor, por lo que la ERC suele estar acompañada de sintomatología ansiosa y depresiva, a más de otros factores psicológicos (Badilla, Cruz y Rodríguez, 2019).

Ansiedad

La ansiedad es uno de los principales conceptos de este estudio, y si bien forma parte de la existencia humana y es una de las sensaciones más frecuentes en el ser humano, esta supone un estado de zozobra del ánimo o angustia (Gómez, Naranjo Y Olarte, 2011).

La ansiedad es ese sentimiento desagradable de temor al percibir una situación amenazante o peligrosa, actúa como una señal de alerta (Gómez, Naranjo y Olarte 2011). Por sí sola no es considerada una enfermedad, ya que es una respuesta instintiva y emocional del ser humano, además se considera como un rasgo de personalidad cuando se encuentra como respuesta emocional cuando hablamos que una persona tiene propensión ansiosa o tendencia a percibir las situaciones como peligrosas; el estado de ansiedad, por otro lado, es la reacción transitoria de emociones en situaciones específicas (Álvarez, 2014).

Beck (citado por Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012), concibe a la ansiedad como una sobreestimación de las situaciones de peligro y una infravaloración de las capacidades para afrontarlas, las respuestas que se generan a estas situaciones suelen ir desde reacciones fisiológicas normales hasta reacciones exageradas ante el peligro percibido.

Además, pensamientos irracionales conocidas como distorsiones cognitivas afectan a quienes padecen de ansiedad, según Beck, tienen varias similitudes con los que padecen depresión, pero se diferencian en estos pensamientos automáticos en los individuos que padecen ansiedad, están impulsados por creencias subyacentes de peligro que los predisponen a: “Restringir su atención a posibles amenazas en su entorno; interpretar catastróficamente los estímulos ambiguos; subestimar los propios recursos de afrontamiento; subestimar la probabilidad de que otras personas puedan ayudarle si se encuentra en peligro y llevar a cabo conductas de seguridad disfuncionales como la evitación o huida” (Beck, 2005, p. 955).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2014), “Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas.” (p. 189) y plantean los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica (p. 230):

- A. Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.
- D. La alteración no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.
- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

De acuerdo a la clasificación de los trastornos de ansiedad tenemos al trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos y el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica que es el trastorno de interés en este estudio.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2014), “la característica esencial del trastorno de ansiedad debido a otra afección médica es una ansiedad clínicamente significativa cuya mejor explicación es el efecto fisiológico de una enfermedad orgánica” (p. 230).

En los trastornos de ansiedad debido a otra afección médica la prevalencia no está clara. Pues al parecer existe una elevada prevalencia de trastornos de ansiedad en individuos con determinadas afecciones médicas, como el asma, la hipertensión, las úlceras y la artritis. Sin embargo, este aumento de la prevalencia puede deberse a razones distintas al trastorno de ansiedad y puede estar causado directamente por la afección médica (DSM-5, 2014).

Depresión

La segunda variable de este estudio corresponde a la depresión. Es un fenómeno que suele acompañar a pacientes con insuficiencia renal crónica que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis (Mesa, Raola y Fraga, 2018). Esta enfermedad es entendida por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014), como un trastorno de tipo afectivo que se caracteriza por un estado de ánimo bajo, anhedonia, pérdida o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso motor, pérdida de energía, falta de concentración y pensamientos recurrentes de muerte.

En 1967, Beck presentó su “Modelo cognitivo de la depresión” en el que postuló que cada individuo posee una vulnerabilidad cognitiva que está determinada por esquemas negativos y desadaptativos (relacionados con pérdidas, privación, inutilidad o derrota) que se disparan ante situaciones estresantes de la vida (Beck citado en Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012), en este caso podría estar dado por el diagnóstico de la enfermedad en los pacientes con ERC, estos esquemas pueden tener diversas etiologías pero de acuerdo con el modelo del autor este procesamiento distorsionado forma parte intrínseca del trastorno emocional y funciona como factor mantenedor de dicho trastorno (Sanz, 1993).

En consonancia con lo antes expuesto, Beck planteó su teoría de la “Tríada cognitiva”, donde explica que en la depresión existe una visión negativa del individuo, del mundo y del

futuro, además señala que las características cognitivas comunes de los pacientes depresivos son “pensamientos automáticos negativos, distorsiones cognitivas, déficits cognitivos y esquemas cuyos contenidos hacen referencia a una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro” en palabras de González y Villalobos, (2012, p. 372).

Posteriormente, en el modelo presentado junto a Rush y Shaw, Beck (2005) explicó la raíz psicológica de esta enfermedad, lo expuso a través de tres conceptos:

La tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos en el procesamiento de la información. La primera se refiere a la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, es decir, atribuye las experiencias desagradables a un defecto suyo ya sea físico, psíquico o moral; el segundo se enfoca en la tendencia a interpretar sus experiencias de forma negativa; mientras que el último componente se refiere a la visión negativa del futuro (Pincay y Rodríguez, 2020, p. 14).

En el mismo contexto, según el DSM-5 (2014) “El rasgo común de estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo.” (p. 155). Por ello, es importante conocer los criterios diagnósticos del trastorno depresivo debido a otra afección médica según el DSM-5 (2014):

- A. Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

De acuerdo a la clasificación de los trastornos depresivos tenemos a el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno de depresión mayor, trastorno depresivo persistente, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, otro trastorno depresivo especificado, otro trastorno depresivo no

especificado y el trastorno depresivo debido a otra afección médica que es el segundo trastorno de interés en este estudio (APA, 2014).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2014) describió:

“El rasgo esencial del trastorno depresivo debido a otra afección médica es un período de tiempo importante y persistente de estado de ánimo deprimido, o una disminución notable del interés o del placer en todas o casi todas las actividades, que predominan en el cuadro clínico y que se piensa que está relacionado con los efectos fisiológicos directos de la otra afección médica” (p.181).

Actualmente, las investigaciones han demostrado que la depresión tiene como factores etiológicos una compleja interacción entre la biología, la genética, lo social y lo psicológico del individuo que la padece (Feldman, 2010), en función de su etiología, este trastorno puede ser endógeno, psicógeno y orgánico; la depresión endógena se relaciona con la herencia genética del sujeto, su origen es biológico; la depresión psicógena está determinada por factores como la personalidad, acontecimientos vitales, entre otros y, finalmente, la depresión orgánica está vinculada al uso de fármacos o alguna enfermedad médica como en el caso de los pacientes con ERC (Alarcón, Gea, Martínez, Pedreño y Pujalte, 2010).

Este es un trastorno frecuente, se calcula que afecta a más de 300 millones de personas y es la principal causa de discapacidad; por su parte la ansiedad patológica, como ya se mencionó, es un estado emocional negativo y se conoce que tiene una alta comorbilidad con los trastornos depresivos. La ansiedad y depresión suelen estar presentes en pacientes que se realizan hemodiálisis debido a la incertidumbre que representa la ERC y las diversas situaciones que deben afrontar, además, la presencia de estas dos variables, ansiedad y depresión, está asociado a una menor calidad de vida de estos pacientes (Segovia, 2019).

En relación con estos dos conceptos se registran varias investigaciones internacionales, nacionales y locales, en pacientes sometidos a hemodiálisis, donde los resultados demuestran que existen niveles altos de ansiedad y depresión en comorbilidad con la ERC.

Es importante considerar la comorbilidad (o enfermedades relacionadas) de la ERC con los trastornos mentales como el tema central de este estudio, ya que según la apreciación de las autoras y varios estudios (Moreno et al., 2004; Páez et al., 2008; Rubio, Sánchez, Jiménez, Kanahan y Oria, 2012; Giera y Rico, 2013; Gómez, Pac, Manresa, Lozano y Chevarria, 2015; Villalobos y De León, 2017; entre otros), demuestran que la ERC suele estar acompañada o desencadena síntomas psicósomáticos tales como sudoración, palpitaciones, angustia, anhedonia, abulia y en muchas ocasiones viene acompañado de ideación suicida e incluso

suicidio (Mesa, Vásquez y Álvarez, 2013) síntomas que corresponden a los trastornos catalogados como depresión y ansiedad.

Es por ello que se ha identificado el problema de investigación la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes que se hemodializan, estableciendo ciertos aspectos presentes como angustia e intranquilidad en ansiedad, por otro lado, la culpa y la desvalorización en depresión (Barros, Herazo y Aroca, 2015). Oliveira y Arruda (2012) señalan que las personas que viven con una enfermedad crónica tienen dificultad para entender que su enfermedad a menudo les causa daño psicológico además del físico; el primero se genera probablemente, debido al constante estado de alerta que va acompañado del temor a la muerte, representando un estresor considerable en estas personas.

En síntesis las características de la ERC están relacionadas directamente con la aparición de síntomas ansiosos y depresivos de quienes la padecen, tal como lo señalan Aroca, Barros y Herazo (2015) estos pacientes están sometidos a estresores fisiológicos y psicosociales que empeoran su condición, como se señaló antes suelen presentar efectos sobre el concepto y confianza en sí mismo, así como cambios en los roles dentro de la familia que afectan su calidad de vida (Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007).

Los factores principales para la aparición de ansiedad y depresión, serían el miedo a la muerte, síntomas físicos y dolor que no desaparecen con el tratamiento o que aparecen como resultado de este, limitaciones en la vida social y laboral, la restricción de la ingesta alimentaria y la incomodidad provocada por el acceso vascular (Amador, Pons y Espinoza, 2009).

Un aspecto a considerar es la etapa de la vida de los pacientes, ya que en la adultez mayor se ha demostrado que existe mayor índice de aparición de sintomatología ansiosa y depresiva, es decir las personas mayores a 60 años suelen presentar estos síntomas, y la ERC puede significar un agravante para estos trastornos (Acosta, 2007).

Asimismo, se han encontrado características diferenciales en los pacientes renales crónicos, de acuerdo al género principalmente, por ejemplo, las mujeres usan el humor positivo y estrategias centradas en la emoción como estrategias de afrontamiento; también muestran características de personalidad predominantes: escrupulosidad y control de impulsos; además, presentan ausencia de energía, pero mayor satisfacción en la integración social y asistencia sanitaria; suelen presentar más sintomatología ansiosa y depresiva que el sexo opuesto; a diferencia de los hombres que usan estrategias de afrontamiento centradas en el problema y solo en la edad adulta recurren a la búsqueda de apoyo social; igualmente, presentan humor triste, agitación, aislamiento social y finalmente, muestran características de personalidad



relacionadas con la perseverancia, cordialidad y apertura a la cultura; de la misma forma la alta comorbilidad de estos trastornos con la ERC varía, también, por el tiempo de tratamiento dialítico o la gravedad del pronóstico (Rubiño, 2017).

Por todo lo señalado, se considera relevante para esta investigación estudiar los niveles de ansiedad y depresión en esta población sensible para conocer el estado de salud mental en cuanto a los conceptos del tema propuesto (ansiedad y depresión) y proponer a futuro intervenciones desde la psicología clínica ya sea a nivel de prevención o tratamiento con la finalidad de promover un estado salud mental.

PROCESO METODOLÓGICO

Esta investigación se realizó mediante un modelo cuantitativo, de corte transversal, en donde para la recolección de datos se utilizó instrumentos previamente validados y estandarizados (Galindo et al., 2015; Antúnez y Vinet, 2012; Delgado, 2010; Sanz, y Vázquez, 2005; Sanz y Navarro, 2003), como lo son los inventarios de ansiedad y depresión, ambos, de Beck, para el procesamiento de datos se emplearon medidas y técnicas de la estadística descriptiva e inferencia estadística. La investigación cuantitativa se caracteriza por reflejar la necesidad de medir y estimar magnitudes de los fenómenos o problemas de investigación, la recolección de datos está fundamentada en la medición (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Este trabajo maneja un **alcance** correlacional, según Hernández et al. (2014) este tipo de estudios tienen la finalidad de conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos categorías o variables en una muestra o contexto particular; en esta investigación las variables a relacionarse serán la ansiedad y depresión en una población de pacientes que están en tratamiento de hemodiálisis en la clínica Reynadial en Guayaquil.

El **tipo de diseño** es no experimental ya que no se manipuló ninguna variable y es un estudio transversal ya que los datos se recogieron en un solo momento en un tiempo determinado. Según Hernández et al. (2014), los estudios no experimentales son “estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos”, y los estudios transaccionales son los que “su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, es como tomar una fotografía de algo que sucede” (p. 154).

Participantes

La población de estudio comprende a 123 pacientes de hemodiálisis entre hombres y mujeres nacionales y extranjeros que reciben el tratamiento de hemodiálisis en la clínica Reynadial; para esta investigación se empleó un muestreo *no probabilístico por conveniencia* que dio como resultado 84 pacientes de hemodiálisis para que formen parte de la muestra, este muestreo es adecuado para el estudio por temas de costo-efectividad y por la disponibilidad de acceso a la muestra. Tal como lo señalan Hernández et al. (2014, p. 189), “...también llamadas muestras dirigidas, suponen un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización”. Estos autores también refieren que en las muestras de este tipo, la elección de los casos no depende de que todos tengan la misma posibilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador que recolecta los datos y que la ventaja está dada por su utilidad para determinados diseños de estudio que

requieren no tanto una “representatividad” de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de casos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema. La muestra estará conformada por los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, sin distinción de sexo, hasta los 81 años, durante el período 2020-2021.

Los criterios de inclusión que se consideraron para la muestra de este estudio son, que los participantes sean mayores de 18 años, y encontrarse orientados alo y auto-psíquicamente, esto se comprobó mediante preguntas estructuradas de orientación temporoespacial que se organizaron en base los criterios del Mini Mental State Examination en el estudio de Rojas, Segura, Cardona, Segura y Garzon (2017). Mientras que el criterio de exclusión consiste en que los pacientes decidan no participar en este estudio.

Instrumentos

1. Ficha sociodemográfica: este instrumento tiene la finalidad de recolectar datos generales de los participantes mediante variables como: edad, sexo, ocupación, situación económica, nivel de escolaridad, estado de convivencia, religión y tiempo de tratamiento; estos datos permitirán enriquecer el estudio al relacionarlos con las variables principales (Anexo 1).

2. Inventario de ansiedad de Beck (Sanz y Navarro, 2003): Beck creó este inventario en 1988 con la finalidad de medir la ansiedad y la depresión, en la actualidad tenemos la versión adaptada al español que es la que se utilizará en el presente estudio y de ser necesario será digitalizada para su aplicación segura por el tema de la emergencia sanitaria. Este es un instrumento de autoinforme, de práctica y rápida aplicación, que está conformado por 21 ítems tipo Likert que evalúan síntomas fisiológicos y cognitivos de la ansiedad relacionados a los criterios diagnósticos del DSM-IV. Cada ítem se puntúa de 0 a 3 puntos, en los que 0 corresponde a en absoluto, 1 a levemente, 2 a moderadamente y 3 a severamente, de la presencia o no de los síntomas en la última semana. La calificación final se obtiene de la suma de todos los ítems, el rango de puntuación es de 0 a 63 puntos, de los que se puede obtener un diagnóstico presuntivo de ansiedad leve (0 -21 puntos), ansiedad moderada (22 – 35 puntos) y ansiedad severa (36-63 puntos). Finalmente, cabe señalar que el instrumento original tiene una consistencia interna ($\alpha = .90$ a $.94$) de igual forma su adaptación española ($\alpha = .88$) (Anexo 2).

3. Inventario de depresión de Beck (Sanz, y Vázquez, 2005): este instrumento de evaluación fue creado en 1996 por A. Beck, en el presente estudio se utilizará la versión adaptada al español en 2011 y al igual que con el instrumento anterior, se digitalizó su contenido para su aplicación. Este también es un instrumento de autoinforme que requiere poco tiempo de aplicación, está conformado por 21 ítems tipo Likert y evalúa síntomas relacionados con la

depresión según los criterios diagnósticos planteados en el DSM-IV y CIE-10. Cada ítem tiene una escala de 0 a 3 puntos, excepto dos ítems (16 y 18) que se evalúan en una escala de 7 categorías. La calificación total se obtiene de la suma de todos los ítems y se puede obtener una puntuación mínima de 0 y máxima de 63, en los que se puede obtener: Depresión ausente o mínima (0-9 puntos), depresión leve (10-16 puntos), depresión moderada (17-29 puntos) y depresión grave (30 - 63 puntos). Este instrumento también ha demostrado una consistencia interna alta ($\alpha = .83$) para la adaptación española (Anexo 3).

4. Diario de Campo: es un instrumento que se utiliza para sistematizar las prácticas investigativas, ya que permite mejorarlas, enriquecerlas y transformarlas. Consiste en una descripción objetiva del contexto del estudio (Martínez, 2007).

Procedimiento del estudio

Inicialmente se solicitó la autorización para comenzar la investigación en la clínica de tratamiento en hemodiálisis Reynadial de Guayaquil. Posterior a esto, se realizó un acercamiento por vía virtual con el personal sanitario y autoridades de la institución para socializar la motivación e intenciones del trabajo; seguido se realizó el proceso de capacitación virtual al personal, que muy generosamente brindó la colaboración, y que se acordó mediante la carta compromiso (Anexo 4), sobre la correcta aplicación de los instrumentos. Esta aplicación se realizó de manera presencial por las investigadoras, para obtener resultados confiables y preservar la validez del estudio. Adicional se cumplió con todos los protocolos de bioseguridad para salvaguardar la seguridad de los pacientes, el personal de la clínica y las investigadoras. El tiempo de aplicación será aproximadamente de 30 minutos; el proceso de recolección de esta información duró aproximadamente un mes y finalmente, los datos obtenidos se introdujeron a una matriz digitalizada del programa SPSS v25, para su posterior procesamiento estadístico.

Procesamiento de los datos

Una vez que los datos fueron recolectados se ingresaron y codificaron en el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) en su versión 25.0 para su análisis, se emplearon medidas de estadística descriptiva e inferencial; la primera para calcular frecuencias, media y desviación típica y, la segunda para establecer la existencia de una correlación entre los niveles de ansiedad y depresión mediante la verificación del supuesto de normalidad mediante la prueba de *Shapiro-Wilk* y posterior a esto se aplicó prueba *Rho de Pearson* para determinar la correlación entre las variables y finalmente para vincular los niveles de las variables: ansiedad y depresión con las variables sociodemográficas (Tinoco, 2018). También, se

comprobó la fiabilidad de los instrumentos en este estudio mediante el cálculo del alfa (α) de *Cronbach*. Finalmente, los resultados se presentan en tablas y figuras del programa Excel.

Aspectos éticos

El presente estudio se desarrolla dentro de los principios éticos de los psicólogos y código de conducta establecido por la Asociación Americana de Psicología (APA, 2010), cuidando que se cumplan los principios detallados a continuación. El Principio A (Beneficencia y no maleficencia) que indica que los datos obtenidos servirán beneficiosamente a la población estudiada; así mismo el Principio B (Fidelidad y responsabilidad), referente a que la investigación se realizara de forma apropiada y responsable. Además de los Principios C (Integridad), D (Justicia) y E (Respeto por los derechos y la dignidad de las personas); con los cuales se refiere a mantener y preservar la integridad de los participantes, manejo adecuado de bases estadísticas para resultados objetivos.

Por otro lado, siguiendo la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964), se cumplen los principios generales 3 a 15, los cuales hacen referencia a la protección de los participantes de la investigación, así mismo como el hecho de que la investigación sea en beneficio de la salud de las personas, velando por la protección de la misma; otro punto que se trata es que el estudio debe ser llevado a cabo por personas formadas y con calificaciones científicas. De igual manera se cumple con los principios 16 a 18, referentes al riesgo, costo y beneficio; considerando que los beneficios de los resultados de la investigación sean mayores a los riesgos y costos, y al mismo tiempo que estos sean minimizados. Además, se respetan los principios 21 a 23 que indican que la investigación científica se debe basar en bibliografía científica avalada, igual que tener una descripción clara de la metodología empleada y, por último, que el protocolo es enviado y aprobado por un comité de ética de investigación. Al pedir un consentimiento firmado de los participantes se cumplen los principios 25 y 26, que indican la voluntariedad de firmar el consentimiento y que este tiene que ser comprendido. Los principios que hacen referencia a la difusión y publicación de los resultados obtenidos (principio 35 y 36), se cumplirán en el proceso de publicación de la investigación finalizada.

Con lo antes mencionado se garantizará la confidencialidad y el anonimato de los participantes, mediante el consentimiento informado (Anexo 5), el cual será revisado y aprobado por el Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud (COBIAS) de la Universidad de Cuenca. Considerando las características de la investigación se tomarán en

cuenta los principios éticos de la Clínica Reynadial de Guayaquil. Después de la obtención y el análisis pertinente de los resultados, se socializarán con las autoridades, profesionales y los participantes del centro.

Gracias a la información obtenida en esta investigación, los beneficiarios directos serán los pacientes que se hemodializan en la clínica Reynadial de Guayaquil, pues, una vez concluida la investigación se podrá identificar los niveles de ansiedad y depresión en la insuficiencia renal crónica que padecen los participantes conjuntamente con el tratamiento de hemodiálisis y así, posteriormente poder planificar un proceso terapéutico con la creación de cursos y talleres que permitan un adecuado manejo de esta sintomatología para de este modo favorecer positivamente en la calidad de vida de estas personas, ya que el tratamiento de hemodiálisis no solo afecta de manera física sino también psicológica por lo que se concientizará a los profesionales de la clínica de que los pacientes necesitan acompañamiento o tratamiento psicológico por parte de un profesional en ésta área.

También es importante dar a conocer que al momento de realizar la aplicación de los test correspondientes a nuestra investigación; en caso de que se llegara a evidenciar la presencia de síntomas depresivos o ansiosos en alguno de los participantes, las investigadoras procederán con los siguientes pasos.

Se identificará al paciente o los pacientes que presenten algún tipo de sintomatología depresiva o ansiosa.

Se establecerá una relación y se hará una intervención inicial en un entorno de privacidad.

Se mantendrá una actitud de escucha activa, así como también se brindará contención emocional.

Si la situación amerita se realizará ejercicios de respiración y relajación para manejar adecuadamente la situación.

Se informará y alertará a la clínica para que tengan conocimiento y a su vez puedan buscar soluciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida de sus pacientes.

Finalmente, las autoras de la investigación se comprometen a recomendar o remitir a un psicólogo para que los pacientes reciban acompañamiento psicológico y puedan iniciar un tratamiento adecuado.

El presente estudio declara las siguientes condiciones para que no existan conflictos de intereses una vez que se haya concluido la investigación. No se podrá utilizar la base de datos si no existe el consentimiento de las dos autoras.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación, se exponen los resultados en función de los objetivos planteados en principio se podrá encontrar la caracterización de la muestra de participantes, luego la relación de las variables de estudio con las características sociodemográficas de los participantes y finalmente, la correlación que se encontró entre ansiedad y depresión en esta población.

Es importante señalar aquí que la muestra fue menor a la esperada debido a circunstancias que estaban fuera del control de las investigadoras, y que obedecían a respuestas propias del tratamiento al que están sometidos los pacientes, tales como: decaimiento, pacientes con traqueotomía o que debían asistir a otro procedimiento médico; además de que muchos presentaban irritabilidad o expresaron su deseo de no participar.

Caracterización de los participantes.

En este estudio participaron 84 pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica que reciben tratamiento de hemodiálisis en la clínica Reynadial; cuyas características sociodemográficas se pueden observar en la tabla 1.

La edad de los participantes oscila entre los 20 y 81 años, con una *media* (M) de 56 y una *desviación típica* (DT) de 16,01. En la tabla 1 se puede observar que en el estudio participaron prácticamente la misma cantidad de hombres que mujeres; actualmente la mayoría no tiene ocupación, tienen una situación socioeconómica baja, tienen el nivel de educación primaria, viven acompañados y llevan más de un año en tratamiento.

Tabla 1
Características sociodemográficas de los participantes.

		N
Sexo	Mujer	44
	Hombre	41
Ocupación	Con ocupación	32
	Sin ocupación	53
Situación económica	Alta	0
	Media alta	2
	Media	7
	Media baja	19
	Baja	56
Escolaridad	Sin escolaridad	4
	Primaria	47
	Secundaria	28
	Técnico	1
Con quién vive	Superior	5
	Solo	8
	Acompañado	77
Religión	Católica	52
	Evangélica	23
	Testigo de Jehová	0
	Otra	10
Tiempo de tratamiento	Menos de un año	23
	Más de un año	61

Niveles de ansiedad y depresión de los participantes

En cuanto a los instrumentos utilizados para la medición de ansiedad y depresión y su fiabilidad, esta fue verificada mediante el tradicional *alfa de Cronbach*, obteniéndose como resultados del Inventario de ansiedad de Beck ($\alpha = .942$) y del Inventario de depresión de Beck ($\alpha = .906$), reflejándose un índice de fiabilidad muy satisfactoria para los dos instrumentos de evaluación.

A partir de aquí se pueden encontrar los resultados obtenidos mediante el Inventario de ansiedad de Beck, así como del Inventario de depresión de Beck en relación a las características sociodemográficas de los participantes evaluados.

En la figura 1 se exponen los resultados generales de ansiedad que reflejaron los pacientes, se evidencia que el 38.8% ($n=45$) presenta ansiedad moderada y que el 28.7% ($n=33$) presenta ansiedad severa, datos que llaman la atención y que requieren ser tomados en cuenta ya que es importante considerar que esta sintomatología debe estar disminuyendo

considerablemente la calidad de vida de estas personas tal como lo señala Salazar (2017) en su estudio.

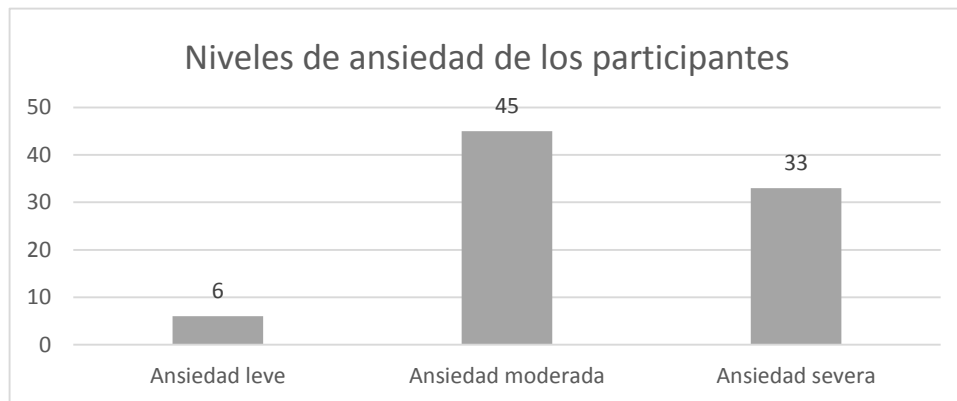


Figura 1. Nivel de ansiedad de los participantes

En la figura 2 se observan datos que merecen atención, ya que los resultados se acumulan entre depresión moderada y grave, es decir, todos los participantes están experimentando sintomatología considerable y que está causando malestar clínicamente significativo en su día a día y por ende esto junto a la sintomatología de ansiedad puede menoscabar la salud y disminuir la respuesta favorable al tratamiento.

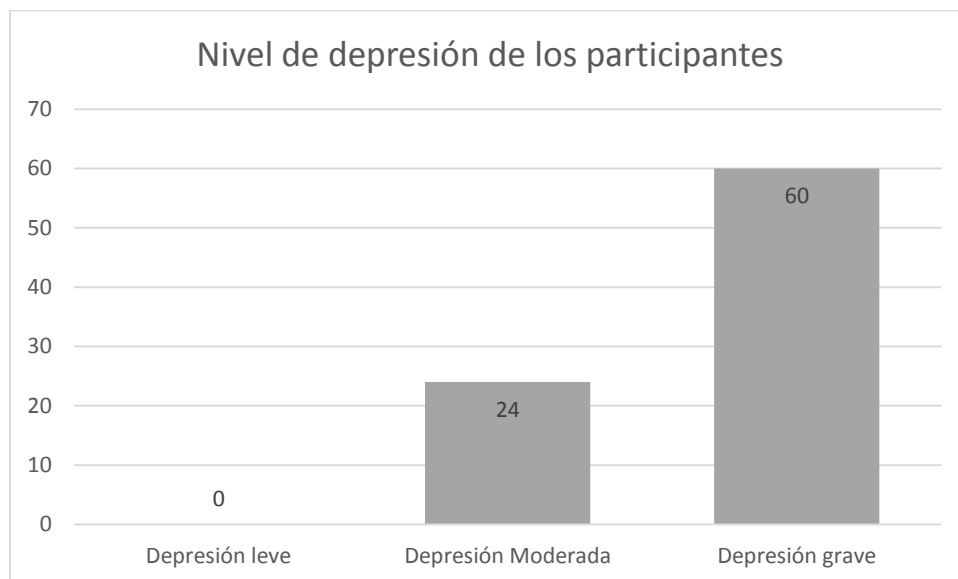


Figura 2. Nivel de depresión de los participantes

Niveles de ansiedad y depresión según la edad de los participantes

También, al identificar los niveles de ansiedad por rangos de edad, como se puede observar en la tabla 2, se evidencia que las personas que se encuentran entre los 60 y 69 años

son quienes representan el mayor porcentaje de la muestra que refleja sintomatología ansiosa, sobre todo, en el nivel de ansiedad severa.

Tabla 2
Niveles de ansiedad según la edad

		Nivel de ansiedad			Total
		Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Severa	
Rangos de edad	20-29	2	4	2	8
	30-39	1	5	4	10
	40-49	1	3	3	7
	50-59	0	9	5	14
	60-69	2	12	14	28
	70-79	0	9	5	14
	80+	0	3	0	3

En contraste de lo que se señala en el párrafo anterior, los pacientes que se encuentran en el rango de edad entre 40 y 49 años son quienes presentan menor porcentaje en cuanto a los niveles de ansiedad (el rango de 80 años no se pone en consideración debido a que la cantidad de participantes fue mínima en comparación al rango de edad planteado).

El primer resultado podría estar relacionado con la etapa de vida en la que se encuentran los individuos, ya que, a partir de los 60 años las personas están frente a encontrar su vida como productiva o ceder ante la desesperación por la incapacidad de volver a vivirla y sentirse útiles; al estar en una circunstancia en la que sus capacidades se pierden a medida que pasa el tiempo, resulta comprensible entender que esto exacerbe sus síntomas, tal como lo menciona Acosta (2007) en su estudios de ansiedad y depresión en la vejez. Además, Erick Erickson (1963), en su teoría del desarrollo psicosocial, expone 8 etapas, donde la vejez es la última y presenta características como la integridad y la desesperación, definiendo a la primera como la capacidad para aceptar los hechos, mientras que la desesperación se presenta cuando se califican las decisiones tomadas de forma negativa (Villar, López y Celdran, 2013).

En este mismo sentido, se puede explicar que en el rango de edad entre los 20 y 50 años existan los niveles más bajos, ya que durante este lapso de tiempo se ubican las personas que se encuentran en etapas que brindan esperanza de vida mediante metas personales, familiares, laborales o académicas e incluso la condición física para sentir que aún pueden ser productivos para sí mismos o para la sociedad (Acosta, 2007).

En lo que respecta a la variable de depresión en relación con la edad de los participantes, como se observa en la tabla 3, hay más personas con depresión en el rango de edad entre 60 y 69 años al igual que con la variable de ansiedad y de igual forma, el rango de edad entre 40 y 49 años muestra el menor nivel de depresión.

Tabla 3
Niveles de depresión según la edad

		Nivel de depresión			Total
		Depresión leve	Depresión Moderada	Depresión grave	
Rangos de edad	20-29	0	6	2	8
	30-39	0	4	6	10
	40-49	0	2	5	7
	50-59	0	3	11	14
	60-69	0	6	22	28
	70-79	0	2	12	14
	80+	0	1	2	3

En mismo orden de ideas, resulta interesante el análisis de la triada cognitiva planteada por Beck en relación con la capacidad de adaptación que se estaría dando en determinados rangos de edad; es decir, probablemente en la adultez temprana y media las estrategias de afrontamiento son recursos claves para los esquemas negativos y desadaptativos propios de la depresión.

Niveles de ansiedad y depresión según el sexo de los participantes

Como se puede evidenciar en la tabla 4, en la relación de la ansiedad con el sexo de los participantes, la categoría masculina representa el mayor porcentaje de la muestra con ansiedad y en particular, con ansiedad severa.

Tabla 4

Niveles de ansiedad según el sexo de los participantes

		Ansiedad	Ansiedad	Ansiedad
		Leve	Moderada	Severa
Sexo	Femenino	3	30	11
	Masculino	3	15	22
	Total	6	45	33

Este dato es sumamente interesante debido a que en diversos estudios (Arenas y Puigcerver, 2009; Gómez, et. Al, 2009; Gómez, Pac, Manresa, Lozano y Chevarria, 2015) se ha demostrado que las mujeres son quienes tienden a mostrar mayores niveles, tanto de ansiedad como de depresión y en este caso una de las dos variables muestra resultados contrarios, obviamente sin dejar de lado que pueden deberse al efecto del tamaño de la muestra.

De todas formas, es pertinente mencionar aquí la denominada “*hipótesis de artefacto*”, en la que propone que las diferencias de género no son reales, ya que las mujeres

sobreinforman, en tanto que los hombres reportan menos las quejas somáticas y psíquicas (Gaviria, 2009, p. 317), en el caso de esta población masculina las personas estarían mostrando más apertura al brindar información para recibir ayuda.

En la tabla 5 se puede ver la tendencia del nivel de depresión con relación al sexo de los participantes, en esta variable existe predominio del sexo femenino con sintomatología depresiva, sobre todo en el rango de depresión grave.

Tabla 5

Niveles de depresión según el sexo de los participantes

		Depresión leve	Depresión Moderada	Depresión grave	Total
Sexo	Femenino	0	17	27	44
	Masculino	0	7	33	40
	Total	0	24	60	84

Es necesario comparar nuestros resultados con otras investigaciones análogas, y de esta manera acercarnos a una realidad global del tema propuesto, es así que a diferencia de los resultados en el estudio de Ortega y Vallejos (2018) quienes señalan que las mujeres tienen a mostrar niveles de depresión leves y moderados principalmente; por otro lado, existen estudios que concuerdan con este resultado y señalan sobre todo que las mujeres presentan condiciones particulares que las predisponen a los trastornos como la depresión.

Niveles de ansiedad y depresión según el tiempo de tratamiento de los participantes.

Finalmente, en relación a la ansiedad, la evaluación reflejó que los pacientes que están en hemodiálisis por más de un año son quienes presentan mayores niveles de ansiedad, sobre todo del tipo moderada como se puede ver en la tabla 6.

Tabla 6

Niveles de ansiedad según el tiempo de tratamiento de los pacientes

		Ansiedad Leve	Ansiedad Moderada	Ansiedad Severa
Tiempo de tratamiento	Menos de un año	1	15	7
	Más de un año	5	30	26

Los resultados difieren de los encontrados por Páez, et al. (2008) en el que existe mayor prevalencia de ansiedad en los pacientes durante sus primeros meses de tratamiento, a diferencia de Monsalve, Morales y Véles, (2011) realizado en el país concuerda con los resultados encontrados.

Tabla 7

Niveles de depresión según el tiempo de tratamiento

		Depresión ausente	Depresión leve	Depresión Moderada	Depresión grave
Tiempo de tratamiento	Menos de un año	0	0	8	15
	Más de un año	0	0	16	45

Los resultados presentados en la tabla 7 concuerdan con los estudios de De León y Villalobos (2017) realizado en la unidad de atención al enfermo renal crónico UNAERC, Guatemala, con 86 pacientes y Ortega y Vallejos (2018) en Lima con 503 pacientes, que encontraron que existe una asociación entre el tiempo mayor a 12 meses en tratamiento y presencia de síntomas de depresión, estos autores también señalan que existe relación entre la edad, el tiempo de tratamiento y los síntomas de depresión, señalan que a mayor de edad y mayor tiempo de tratamiento existe mayor prevalencia de este trastorno.

Relación entre niveles de ansiedad y depresión

De igual forma, se exponen los resultados obtenidos mediante estadística inferencial. Se aplicó la prueba de *Kolmogórov-Smirnov* para una muestra por ser mayor a 50; posterior a esto y debido a que los datos no fueron normales, se aplicó la prueba de *Rho de Pearson* para una muestra y de esta forma verificar la correlación entre ansiedad y depresión con los datos conseguidos.

De acuerdo con la prueba de *Kolmogórov-Smirnov* se determinó estadísticamente que se encuentra una distribución no normal de los datos, esto podría deberse a que el tamaño de la muestra es pequeño y por las respuestas dadas por los participantes. Esta prueba se aplica para identificar si existe una distribución normal o no normal de los datos.

En la tabla 9 se presenta la prueba de hipótesis mediante la cual se obtiene un p valor menor a .05 que refleja una correlación estadísticamente significativa y positiva; por tanto, se acepta la hipótesis de investigación que indica que existe correlación entre ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica de la clínica Reynadial, es decir, existe

Tabla 8
Prueba de Kolmogórov-Smirnov para una muestra

N		Tans 84	Tdep 84
Parámetros normales ^{a,b}	Media		34.93 39.56
	Desviación estándar	12.166	14.134
Máximas diferencias extremas	Absoluta	.150	.119
	Positivo	.150	.119
	Negativo	-.126	-.095
Estadístico de prueba		.150	.119
Sig. asintótica (bilateral)		.000 ^c	.005 ^c

comorbilidad entre el tratamiento de hemodiálisis y trastornos ansiosos y depresivos Además se debe mencionar que la sintomatología ansiosa y depresiva podría deberse a la naturaleza del tratamiento y a las implicaciones de la ERC.

Tabla 9
Prueba Rho de Pearson para correlación de los niveles de ansiedad y depresión

Correlaciones		Ansiedad	Depresión
Niveles de ansiedad	Correlación de Pearson	1	.452**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	84	84
Niveles de depresión	Correlación de Pearson	.452**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	84	84

**. La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral).

Este resultado corrobora lo planteado en estudios como los de Moreno (2004); Gómez, et. Al (2009); Páez et. Al (2008); Rubio, Sánchez, Jiménez, Kanahan y Oria (2012); Giera y otros que se plantean en antecedentes. Este dato resulta relevante tanto para él ya que como se señaló existe una alta prevalencia de la enfermedad renal crónica en la población a nivel nacional y latinoamericano.

Adicional a esto, y a manera de cierre, cabe mencionar que mediante el registro del diario de campo, se obtuvo información valiosa adicional a los objetivos planteados; se pudo observar que entre los pacientes evaluados y otros que no pudieron o no desearon participar, se ha conformado una red de apoyo e incluso el sentido de pertenencia, debido al tiempo que supone el tratamiento de hemodiálisis que oscila entre 4 a 5 horas, 3 días a la semana, además que todos tengan los mismos sentimientos y reacciones frente al tratamiento como la desesperanza, falta de confianza en el sistema de salud del país, miedo de no obtener un

trasplante de hígado, son condiciones que han fortalecido al grupo, dando una sensación de familia y unión, lo que puede hacer que este procedimiento no sea tan frustrante y duro de afrontar.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Luego de haber establecido los niveles de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis y tras haber obtenido los resultados ya descritos se concluye que:

Las enfermedades crónicas, en este caso la insuficiencia renal, están íntimamente relacionadas con la aparición de sintomatología ansiosa y depresiva, es decir, existe comorbilidad entre enfermedad de insuficiencia renal, ansiedad y depresión.

En este estudio se comprueba la hipótesis de investigación planteada que suponía que las personas que se encuentran dentro del tratamiento de hemodiálisis presentan sintomatología ansiosa y depresiva, respaldándose en la correlación estadísticamente significativa entre ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica; demostrando que la ansiedad y la depresión son parte del contexto clínico emocional de esta población.

En términos generales, existe prevalencia de ansiedad y depresión en los participantes, siendo los mayores de 60 años quienes presentan niveles más altos en estas categorías. Al igual se puede observar que los hombres son quienes presentaron niveles más altos en ansiedad y las mujeres en depresión. Otro factor que al parecer agrava la sintomatología es, permanecer más de un año en este tratamiento. Es importante también señalar que la mayoría de pacientes presenta esta sintomatología, esto puede deberse a que los participantes padecen, a más de la enfermedad renal crónica otras enfermedades como: diabetes mellitus, hipertensión vascular, lupus, vasculitis, otros.

Finalmente, mediante el uso de diario de campo se pudo encontrar que se habían creado redes de apoyo entre las personas que se realizan el tratamiento y esto podría ser un factor protector de la salud mental de los individuos, por lo que se sugiere continuar con esta línea de investigación, para obtener más información relacionada.

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentran que la muestra fue de 84 pacientes debido que dentro de la población de personas en tratamiento en hemodiálisis de la clínica Reynadial se encuentra niños, personas con tratamientos clínicos que impedían la participación.

Como prospectiva de este estudio, queda por verificarse , si esta sintomatología ansiosa se deba a otros trastornos, tales como el trastorno por adaptación con ansiedad debido a la naturaleza del tratamiento de hemodiálisis, u otros.

Helen Samaniego G.

Jessica Prado M.

REFERENCIAS CITADAS

- Acosta, C. (2007). Ansiedad y Depresión en adultos Mayores. *Psicología y salud*, 17(2), 291-300. Recuperado de *Psicología y salud*: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/714/1257>
- Alarcón, R., Gea, A., Martínez, J., Pedreño, J., y Pujalte, M. (2010). *Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos*. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
- Álvarez, B., y González, J. (2018). Ansiedad y depresión en pacientes con tratamiento dialítico incluidos en el plan de trasplante renal. *Multimed. Revista Médica. Granma.*, 1(1), 26-38. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2018/mul181c.pdf>
- Álvarez, G. (2014). Ansiedad: evaluación, diagnóstico e intervención preoperatoria. *Revista mexicana de anestesiología*, 37(1), 151-154. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2014/cmas141ap.pdf>
- Álvarez, D., Serrano, L., y Trujillo, J. (2015). Depresión en hemodiálisis estudio realizado en la clínica de diálisis INRIDI “San Martín”. *Revista Ciencias Médicas*, 21(1), 19-26. Recuperado de <http://rmedicina.ucsg.edu.ec/index.php/ucsg-medicina/article/view/758/pdf>
- Amador, R., Pons, E., y Espinoza, C. (s.f.). Depresión y ansiedad en pacientes en hemodiálisis: la creatividad para combatirlas. *Revista SEDEN*, 1(1), 30-35. Recuperado de https://www.revistaseden.org/files/2126_P%C3%A1ginas%20de%202009-11.pdf
- American Psychiatric Association. (APA, 2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. España: Panamericana.
- Antúnez, Z., y Vinet, E. (2014). Validez de una versión en español del inventario de depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Revista Neuropsiquiatría*, 77(2), 95-103. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2ao2.pdf>
- Arenas, M. y Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de psicología*, 3(1), 20-29. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000300003

- Arias, E.; Jiménez, C. y Gómez, A. (2006). Insuficiencia renal crónica. En Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. (Ed.), *Tratado de geriatría para residentes* (p. 637-646). Madrid, España: International Marketing & Communication, S.A.
- Aroca, G.; Barros, L. y Herazo, Y. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica. *Revista Fac. Med.*, 63(4), 641-647. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/49805/54036>
- Badilla, E.; Cruz, M. y Rodríguez, M. (2019). Salud mental y su relación con las características biosociodemográficas en pacientes hemodializados. *SCIELO*, 8(1), 139-152. Recuperado de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v8n1/2393-6606-ech-8-01-79.pdf>
- Beck, A. (2005). The current state of cognitive-therapy: a 40 year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953-959. doi: 10.1001/archpsyc.62.9.953
- Cambisaca, J. y Plua, J. (2019). Estudio de la gestión del servicio de calidad a los pacientes de la clínica Reynadial S.A. (Tesis pregrado). Universidad de Guayaquil, Guayaquil.
- Coello, C. (2019). ¿Cómo está la enfermedad crónica renal en el Ecuador? Ecuador: Edición Médica. Recuperado de <https://www.edicionmedica.ec/secciones/profesionales/-como-esta-la-enfermedad-cronica-renal-en-el-ecuador--93805>
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinoza, J., y Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta colombiana de psicología*, 10(2), 169-179. Recuperado de <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/1035/1/v10n2a16.pdf>
- De León, P. y Villalobos, W. (2017). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Revista médica*, 156(1), 43-46. Recuperado de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/982110/10.pdf>
- Díaz, M., Ruiz, M., y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Feldman, R. (2010). *Psicología con aplicación en habla hispana*. México DF, México: Mc Graw Hill.
- Fernández-Hermida, J., y Muñoz, J. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 108-121. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1801.pdf>
- Fortún, M., García, M., y Sanz, J. (2012). El “Inventario de ansiedad de Beck” (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos

- psicológicos. *Psicología conductual*, 20(3), 563-583. Recuperado de https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/05.Sanz_20-3oa.pdf
- Galindo, O., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J., Álvarez, M., y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Revista interdisciplinar psicooncología*, 12(1), 51-58. doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48903
- García, C. y Rodríguez, G. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Revista habanera de ciencias médicas*, 6(4), 1-9. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v6n4/rhcm02407.pdf>
- Gaviria, S. (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(2), 316-324. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615421008.pdf>
- Giera, L., y Rico, A. (2013). Evaluación de la ansiedad y depresión en los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis durante un año. *Enfermería Nefrológica*, 16(1), 156-217. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/enfro/v16s1/comunicacion_poster12.pdf
- Gómez, J., Naranjo, L., y Olarte, E. (2011). Identificación de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica de una unidad de hemodiálisis de la ciudad de Armenia Quindío. *Revista electrónica de Psicología Social*, 21(1), 1-11. Recuperado de <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/67/39>
- Gómez, L., Pac, N., y Manresa, M. (2015). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis. *Scielo*, 18(2), 112-217. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842015000200006
- Hernández, Fernández y Baptista. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ta edición. México: McGraw Hill education.
- Malheiro Oliveira, P., & Arruda Soares, D. (2012). Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. *Enfermería global*, 11(28), 257-275. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412012000400014
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. 5ta edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Martínez, L. (2007). *La Observación y el Diario de Campo en la Definición de un Tema de Investigación*. Recuperado de: <https://www.ugel01.gob.pe/wp-content/uploads/2019/01/1-La-Observaci%C3%B3n-y-el-Diario-de-campo-07-01-19.pdf>
- Mesa, B., Vázquez, A. y Álvarez, M. (2013). Depresión y ansiedad en los pacientes de hemodiálisis, Instituto de Nefrología, 2011-2012. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 10(3), 1-17. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2013/hph133e.pdf>
- Mesa, M., Rahola, M., y Fraga, J. (2015). Depresión en pacientes de hemodiálisis en el Instituto de Nefrología "Dr. Abelardo Buch López". *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 15(3), 1-4. Recuperado de <http://www.revphph.sld.cu/index.php/hph/article/view/53/49>
- Monsalve, I., Morales, S., y Vélez, A. (2011). Prevalencia de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis en la unidad de servicios renales del austro Cía. Ltda. (Tesis pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca.
- Moreno, E., Arenas, M. D., y Porta, E. (2004). Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Scielo*, 7(4), 225-233. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v7n4/art03.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York: Documentos oficiales de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>.
- Ortega, E. y Vallejos, J. (2018). Niveles de depresión y factores sociodemográficos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Perú. *Ciencias Psicológicas*, 12(2), 205-214. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-42212018000200205&lng=es&nrm=iso
- Páez, A., Jofre, M., Azpiroz, C., y Bortoli, M. (2008). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Scielo*, 8(1), 117-124. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n1/v8n1a9.pdf>

- Pérez, I. (2019). Niveles de depresión y ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal que asisten al Hospital Salvador Bienvenido Gautier, octubre 2018-abril 2019. (Tesis pregrado). Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, República Dominicana.
- Pincay, A., y Rodríguez, R. (2020). Niveles de depresión en cuidadores primarios de niños y adolescentes con discapacidad. (Tesis de pregrado). Universidad Estatal de Cuenca. Cuenca.
- Prado, J. y Samaniego, H. (2020). *Niveles de ansiedad y depresión en pacientes que se hemodializan en la Clínica Reynadial de Guayaquil en el período 2020 – 2021* (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca.
- Reis, S. (2010). Validación de la versión portuguesa de la escala de ansiedad de Beck - BAI. (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca, España.
- Rubio, R., Sánchez, M., y Jiménez, M. (2011). Comparación de los niveles de depresión, ansiedad y estrés en pacientes nefrópatas sometidos a diálisis peritoneal y hemodiálisis y su relación con el nivel socioeconómico. *Revista clínica integral del sur*, 1(2), 14-21. Recuperado de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/avances/vol1n2/art3.pdf>
- Rubiño, A. (2017). Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis: Influencia de las variables de personalidad y modos de afrontamiento. (Tesis doctoral). Universidad de Granada. España.
- Santoro-Lamelas, V. (2016). La salud pública en el continuo salud-enfermedad: un análisis desde la mirada profesional. *Revista de Salud Pública*, 18(1), 530-542. doi.org/10.15446/rsap.v18n4.47854
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de psicología*, 9(2), 133-170. Recuperado de https://www.um.es/analesps/v09/v09_2/02-09_2.pdf
- Sierra, J., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos. *Revista Malestar e Subjetividades*, 3(1), 10-59. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Sotomayor, R., Martínez, A. y Villlegas, Y. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de psicología (Santiago)*, 26(1), 1-13. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/revpsicol/v26n1/0719-0581-revpsicol-26-01-00065.pdf>

Tinoco, O. (2008). Una aplicación de la prueba chi cuadrado con SPSS. *Redalyc*, 11(1), 73-77.

Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/816/81611211011.pdf>

Villalobos, W., y De León, P. (2017). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Revista médica*, 156(1), 43-46. Recuperado de <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/982110/10.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Ficha socio-demográfica para pacientes que se hemodializan

Por favor, complete la siguiente información.

Edad:	Sexo: Masculino () Femenino ()	Ocupación:
Situación económica: Alta () Media alta () Media () Media baja () Baja ()	Nivel de escolaridad: Sin escolaridad () Primaria () Secundaria () Técnico () Superior ()	
Vive: solo/a () acompañado/a ()	Religión: católica () evangélica () testigo de Jehová () otra ()	
Tiempo de tratamiento de Hemodiálisis: menos de un año () un año o más ()		

Agradezco su valiosa participación.



Anexo 2. Inventario de Ansiedad de Beck

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck

Inventario de depresión Beck (BDI-2)

INSTRUCCIONES: este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas 2 semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1) Tristeza

- 0. No me siento triste
- 1. Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2. Estoy triste todo el tiempo.
- 3. Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2) Pesimismo

- 0. No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2. No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.

3) Fracaso

- 0. No me siento como un fracasado.
- 1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2. Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3. Siento que como persona soy un fracaso total.

4) Pérdida de Placer

- 0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2. Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5) Sentimientos de Culpa

- 0. No me siento particularmente culpable.
- 1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o debería haber hecho.
- 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3. Me siento culpable todo el tiempo.

6) Sentimientos de Castigo

- 0. No me siento que estoy siendo castigado.
- 1. Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7) Disconformidad con Uno Mismo

- 0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1. He perdido la confianza en mí mismo.
- 2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3. No me gusta a mí mismo.

8) Autocrítica

- 0. No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2. Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9) Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0. No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2. Querría matarme.
- 3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10) Llanto

- 0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1. Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2. Lloro por cualquier pequeñez
- 3. Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11) Agitación

- 0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2. Estoy tan inquieto agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento haciendo algo.

12) Pérdida de Interés

- 0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13) Indecisión

- 0. Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14) Desvalorización

- 0. No siento que yo no sea valioso.
- 1. No me considero a mí mismo tan valioso útil como solía considerarme.
- 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3. Siento que no valgo nada.

15) Pérdida de Energía

- 0. Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16) Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a. Duermo la mayor parte del día.
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir.

17) Irritabilidad

- 0. No estoy más irritable que lo habitual.
- 1. Estoy más irritable que lo habitual.

- 2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3. Estoy irritable todo el tiempo.

18) Cambios en el Apetito

- 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito un poco menos que lo habitual.
- 2a. Mi apetito mucho más que lo habitual.
- 2b. Mi apetito mucho menos que lo habitual.
- 3a. No tengo en apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el tiempo.

19) Dificultad de Concentración

- 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20) Cansancio o Fatiga

- 0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21) Pérdida de Interés en el Sexo

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3. He perdido completamente el interés en el sexo.

Anexo 4. Carta compromiso

Cuenca, 31 de agosto del 2020

Mgt. William Alfredo Ortiz Ochoa
Decano de la Facultad de psicología
Universidad de Cuenca

CARTA COMPROMISO

Que la presente sea portadora de un afectuoso saludo, acompañado de mi deseo de éxitos en las delicadas actividades a usted encomendadas. Me permito expresar el compromiso establecido para COLABORAR con la aplicación de instrumentos psicológicos pertinentes en el trabajo de Titulación Final "Niveles de ansiedad y depresión en pacientes que se encuentran en tratamiento de Hemodiálisis en la Clínica Reynadial de Guayaquil en el periodo 2020-2021" con la autoría de las estudiantes de Noveno ciclo de Psicología Clínica de la Universidad de Cuenca, Helen Samaniego Garate y Jessica Prado Maldonado.

El objetivo de este trabajo investigativo es determinar la relación entre los niveles de ansiedad y depresión en pacientes que se realizan hemodiálisis, para ello se aplicara durante el mes de Diciembre del año en curso, los Inventario de Depresión de Beck BDI e Inventario de Ansiedad de Beck, BAI, a 30 pacientes quienes se encuentren en tratamiento de hemodiálisis, además se aplicara una ficha sociodemográfica, con variables como edad, sexo y tiempo de tratamiento de hemodiálisis. Esta investigación pretende realizarse en 8 meses (octubre 2020- mayo 2021), según lo declarado en el cronograma de trabajo, presenta un enfoque cuantitativo, transversal de alcance correlacional y tipo de diseño no experimental.

Los participantes eran 30 pacientes de la clínica Reynadial de la ciudad de Guayaquil que cumplan con los criterios de inclusión se ser: pacientes quienes se encuentren en tratamiento de hemodiálisis, recibir tratamiento en la clínica Reynadial y ser mayor de edad; y criterio de exclusión: no firmar el consentimiento informado, se aplicará de manera física los instrumentos, de no poder ser así también se cuenta con los instrumentos digitalizados.

Sin otro particular, me suscribo de usted.



Dr. Mario Hernández
Director médico de la Clínica Reynadial

Anexo 5. Consentimiento informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: **Niveles de ansiedad y depresión en pacientes que se hemodializan en la Clínica Reynadial de Guayaquil, en el período 2020-2021**

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Helen Catalina Samaniego Garate	0302975537	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?
Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en la clínica Reynadial de la ciudad de Guayaquil. En este consentimiento informado se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio.
Introducción
Esta investigación aportará a nuestro trabajo de investigación para obtener el título de Psicólogo Clínico. Por medio de este estudio se profundizará en la descripción de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes que se hemodializan, y esto permitirá la ampliación del conocimiento sobre esta sintomatología en esta población.
Objetivo del estudio
Determinar la prelación entre los niveles de ansiedad y depresión en pacientes que se realizan hemodiálisis en la Clínica Reynadial
Descripción de los procedimientos
Inicialmente se solicitará la autorización para iniciar la investigación en la clínica de tratamiento en hemodiálisis Reynadial de Guayaquil. Posterior a esto se realizará un acercamiento por vía virtual con el personal sanitario y autoridades de la institución para socializar las intenciones del trabajo; seguido se realizará el proceso de sensibilización con los pacientes presencialmente, momento que se realizará con la colaboración del personal de la clínica, que ya aceptó por medio de carta compromiso, para solicitar la participación voluntaria de los pacientes y en esa misma etapa se deben aplicar físicamente los dos inventarios. Esta aplicación se hará de manera impresa, porque la institución no puede facilitar ordenadores ni se responsabilizan con la tenencia por parte de todos los pacientes de un celular con la posibilidad de llenado digital. El tiempo de aplicación será aproximadamente de 30 minutos; el proceso de recolección de esta información durará aproximadamente dos meses y finalmente, los datos obtenidos se introducirán a una matriz digitalizada del programa SPSS v25, para su posterior procesamiento estadístico.
Riesgos y beneficios
Para minimizar los posibles riesgos, herir susceptibilidades o generar falsas expectativas la aplicación se llevará a cabo de forma voluntaria, el equipo de investigadores estará atento para resolver posibles dudas, antes, durante y después de los instrumentos. Posteriormente usted podrá contar con la socialización de los resultados.
Otras opciones si no participa en el estudio
Se agradece el tiempo invertido en esta investigación, que permita llevar adelante proyectos similares. Sin embargo, si usted no está interesado no está obligado a llenar el cuestionario.
Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 7) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 8) Que se respete su intimidad (privacidad);

Consentimiento informado

- 9) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 10) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 11) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0987176743 que pertenece a Helen Catalina Samaniego Garate o envíe un correo electrónico helen.samaniegog95@ucuenca.edu.ec

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante
Fecha

Firma del/a participante

Nombres completos del/a investigador/a
Fecha

Firma del/a investigador/a

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: _____